

# 問診票

ひおき歯科

ふりがな		性別	男 女	生年 月日	平成	年	月	日	(才)
お名前									
ご住所	〒	電話番号 ( - - ) 保護者の方のご連絡先をご記入下さい							
eメール		携帯電話 ( - - )							
勤務先	(学校・保育園・幼稚園名)	ご住所	電話番号 ( - - )						

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ①知人・友人の紹介 <input type="checkbox"/> ②家族・親族が来ている <input type="checkbox"/> ①②を選らんだ方 (ご紹介者のお名前 _____ 様    ご関係 _____ ) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ※ご来院は <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある								
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 歯並びを治してほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 調子が悪い								
今までに歯の治療を受けたことは?	<input type="checkbox"/> ある ( _____ 才ごろ) <input type="checkbox"/> ない								
その時の治療のようすは	<input type="checkbox"/> おとなしかった <input type="checkbox"/> いやがった <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> あばれた <input type="checkbox"/> しばられて治療した <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
お子様のくせは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
今までに麻酔(注射)を用いての治療の経験は	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない								
その時異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
お子様が泣いたりあばれたりしたら	<input type="checkbox"/> 治療をやめてほしい <input type="checkbox"/> 泣いても押さえてやってほしい								
お子様の治療は	<input type="checkbox"/> 今痛んでいる歯だけ治してほしい <input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治してほしい <input type="checkbox"/> 歯の健康管理及び検診をしてほしい								
個室を希望されますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでも良い <input type="checkbox"/> どちらかといえば個室 <input type="checkbox"/> 個室希望								
その他・ご希望など	記入例：ご希望の時間帯・最近他の病院の診察を受けた・担当医の希望など								